

**Registro de Administración de Medicamentos**  
**con y sin Prescripción Médica**  
(Padres por favor llenar)

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del niño (a) \_\_\_\_\_

Por favor administre a mi niño (a) el siguiente medicamento:

Nombre de la medicina prescrita o no prescrita: \_\_\_\_\_

Tiempo de administración: \_\_\_\_\_  
Fecha de Inicio \_\_\_\_\_ Fecha Final \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Horario de administración: \_\_\_\_\_

Debe refrigerarse: \_\_\_\_\_ Mantener a temperatura ambiente: \_\_\_\_\_

Fecha de expiración actualizada \_\_\_\_\_

**El medicamento debe estar en el envase original. El padre administró la primera dosis sin efectos adversos.**

\_\_\_\_\_  
Firma Del Padre/Madre o Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

La medicina no prescrita citada anteriormente fue administrada de acuerdo a las instrucciones.

FECHA DE HOY	CANTIDAD	HORA	INICIALES DEL PROVEEDOR
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Error de medicación: Quien administró \_\_\_\_\_ Reacción adversa \_\_\_\_\_

Fecha administrada    cantidad    padre contactado    hora del contacto    instrucciones del padre  
\_\_\_\_\_

La porción remanente del medicamento ha sido devuelta al padre o madre    sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o guardián \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

Si no fue devuelto, el medicamento fue descartado en una forma segura y adecuada  
Sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor/a    \_\_\_\_\_ fecha    \_\_\_\_\_ fecha de archivo en la carpeta del niño